|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULIR PENERIMAAN KERJA PROFESI** | SPT-I/03/SOP-27/F-02 |
| No. Rekaman |

Nama Instansi : ...............

Nomor Identitas Instansi \*) :

Alamat : .......................

Bersedia menjadi tempat pelaksanaan kerja profesi untuk

Nama Mahasiswa : ........

Nomor Induk Mahasiswa : ..........

Program Studi : ...................

Pelaksanaan Kerja Profesi dijadwalkan sebagai berikut

Tanggal Mulai : ...............

Tanggal Selesai : ......................

Total Jam Kerja : >400 jam

Bagian Divisi : ...............................

Uraian Pekerjaan : ........................

Nama Pembimbing Kerja : .....................

Kontak Pembimbing Kerja : HP : .................

Email : [.....................](mailto:retnani.hapsari@cimbniaga.co.id)

Demikian informasi ini diberikan sesuai perihal di atas digunakan sebaik-baiknya.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tgl:  Mengetahui,  Pembimbing Kerja |  | Tgl:  Menyetujui,  Bagian SDM/Human Resources/Personalia |
| (............) |  | (.......................................) |

*\*) Instansi KP wajib berbadan hukum, dibuktikan dengan dokumen resmi antara lain tetapi tidak terbatas pada Akta Perusahaan STUP dan NPWP, dan bukan milik keluarga inti dari mahasiswa yang melakukan KP*

*\*\*)Untuk jam kerja KP minimal 400 jam*